

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Diagnostique et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie chronique et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° P19-0034305

ND 41266
☒ Optique

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9059

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUADDEN Abdelhak

Date de naissance : 28-01-63

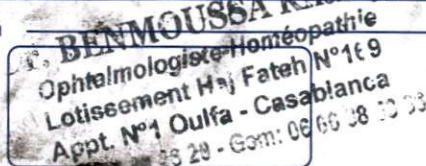
Adresse : Al Khayma

Tél : 0654150718

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/07/2020

Nom et prénom du malade : Mouadden ABDELHAK

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 17/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Signatures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Praticien des Actes
17/09/20		3+60	300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

17.09.20

300.00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

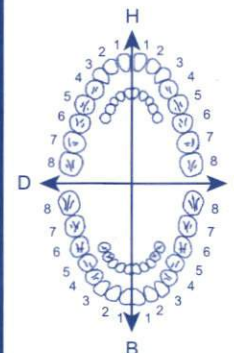
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LUNETTES EL HANAA

نظارات الهناء

Souk Ennajd Derb Ghallef

N° 509

Patente : 34717241

سوق النجد درب غلاف

الرقم 509

الباتنت - 34717241

DATE : 17 09 2016

N° 014283

NOM :

PRENOM :

- DOCTEUR :

- NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE 163 CYL 2.0 SPH 2.0

VL

OG : AXE 165 CYL 2.0 SPH 2.0

ADD :

OD : AXE CYL SPH

VP

OG : AXE CYL SPH

Verres

Monture

Facture Arrêtée à la somme de :

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة و طب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب و الصيدلة

الدار البيضاء

Sur rendez-vous الزيارة بالموعود

Casablanca, le : **17 septembre 2020**

Mr. MOUADDEN ABDELHAK

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 2.50 (- 0.50 à 160°)

OG = + 2.50 (- 0.50 à 165°)

VP : ODG = Add : + 2.50

Dr. BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologiste-Homéopathe
(Lotissement Haj Fateh N°169
Appt. N°1 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 35 29 - GSM : 06 66 38 53 36)